Activación de la Cadena de Supervivencia y Protocolo PAS



Guía de Intervención Rápida en el Aula Infantil (0-3 Años)

La activación coordinada y temprana de la cadena de supervivencia pediátrica reduce de forma crítica las secuelas ante un incidente grave en la escuela infantil. Los tres primeros minutos determinan el pronóstico: mantén la calma y ejecuta sistemáticamente la secuencia **Proteger, Avisar y Socorrer.**

- **Proteger:** garantizar la seguridad física del entorno inmediato antes de tocar a la víctima.
- **Avisar:** activar de forma coordinada el servicio de emergencias 112 sin abandonar al menor.
- **Socorrer:** iniciar soporte vital y cuidados primarios aplicando los protocolos pedagógicos y sanitarios.

Regla de Oro en 0-3 Años

Nunca sacudas a un lactante ni intentes extracciones a ciegas en la cavidad oral. Si sospechas **parada o atragantamiento** completo, **inicia maniobras inmediatas** tras delegar la llamada al 112.

Esquema Táctico PAS y Asignación Operativa de Roles

En un aula con niños pequeños, **la sincronización entre el educador a cargo y el personal de apoyo previene el descontrol y la sobreexposición del resto del grupo.**

1



Educador Líder (Intervención y Soporte Vital)

Permanece pegado al menor afectado. Evalúa la respuesta a estímulos y la respiración. Inicia la maniobra adecuada (desobstrucción, contención o RCP) y da instrucciones concisas en voz alta.

2



Educador Auxiliar (Llamada al 112 y Gestión del Grupo)

Marca el 112 activando el altavoz de inmediato. Al mismo tiempo, reagrupa al resto de los niños en un rincón seguro del aula o sala contigua con una actividad tranquila guiada.

3



Personal de Apoyo (Acceso y Recepción)

Abre las cancelas exteriores, despeja pasillos, retira barreras de paso y espera a la dotación de la ambulancia a pie de calle para guiarlos directamente hasta el aula.

Árbol de Decisión Pediátrica y Guion de Alerta al 112

Árbol de Decisión: Evaluación Inmediata de Riesgo Vital

Aplica este algoritmo simplificado en los primeros 10 segundos tras detectar a un lactante o niño en crisis.

¿El niño o lactante responde a estímulos verbales/táctiles y respira con normalidad?

Sí, respira y responde pero presenta traumatismo o corte



Mantén al menor **incorporado o acostado** sobre superficie **acolchada**; aplica presión directa en heridas sangrantes y contacta al 112 o a la familia según la gravedad.

No responde pero respira de manera regular



Coloca en **Posición Lateral de Seguridad adaptada** (o cúbito lateral en brazos si es lactante), mantén vía aérea abierta, llama al 112 y monitoriza la respiración cada minuto.

No responde y no respira (o solo realiza boqueadas agónicas)



Ordena marcar el 112 con altaxoz, solicita el DEA si existe en el centro e inicia de inmediato la pauta pediátrica de RCP: 5 insuflaciones de rescate seguidas de **compresiones.**

Plantilla de Comunicación Crítica con el 112

Completa previamente con rotulador permanente los datos fijos del centro educativo para leer de forma literal al teleoperador del 112 durante una incidencia.

- Mantén la llamada en altavoz junto al niño.
- No cuelgues hasta que el operador del 112 te lo confirme expresamente.
- Repite las instrucciones clínicas en voz alta para que el educador de apoyo las escuche.

Punto de Acceso Escolar
Señala siempre el vado, puerta de carruajes o acceso sin escaleras para que la camilla acceda sin retrasos.

- **Dirección completa de la Escuela Infantil y Código Postal** _____
- **Acceso más directo** (puerta principal, patio, calle trasera, rampa) _____
- **Edad exacta del menor y peso estimado** (aproximado según percentil) _____
- **Nivel de consciencia actual** (alerta / responde a la voz / solo al dolor / inconsciente) _____
- **Mecánica del incidente** (atragantamiento alimentario, caída en altura, convulsión febril) _____
- **Medidas ya iniciadas** (maniobras físicas, insuflaciones, hemostasia, frío local) _____

112

Módulo 2:

Algoritmo de Desobstrucción de la Vía Aérea (OVACE) en Lactantes y Niños Pequeños



Emergencia pediátrica

112

Llama al 112

Cada segundo cuenta

Evaluación Inicial de la Vía Aérea en el Aula Infantil

El atragantamiento accidental por objetos pequeños o alimentos sólidos representa una de las emergencias más críticas en el entorno de 0 a 3 años. Ante una sospecha inmediata de aspiración, el personal educativo debe identificar de forma rápida y certera si la obstrucción es leve o severa para aplicar el algoritmo pediátrico correspondiente sin demora.

- **Tos efectiva y llanto audible:** la obstrucción es parcial; animar a toser y mantener vigilancia activa continua.
- **Ausencia de sonido, tos ineficaz, incapacidad para respirar o cianosis:** la obstrucción es completa y requiere intervención física inmediata.
- **Prohibición estricta de barridos a ciegas con los dedos:** únicamente retirar objetos visibles y fácilmente accesibles con maniobra de gancho.
- **Activación de alerta en el centro:** pedir ayuda a otro adulto para iniciar llamada al 112 sin abandonar al menor.

Regla de Oro en OVACE Infantil

Si el niño o lactante tose con fuerza y llora, no intervenga con golpes ni compresiones: la tos espontánea es el mecanismo más eficaz para despejar la vía respiratoria. Limítese a acompañar, calmar y vigilar.



¿Cómo responder ante un episodio agudo de atragantamiento?

El menor tose con fuerza, emite sonidos vocales o llora activamente



Mantener al niño incorporado, estimular la tos y observar continuamente sin interferir ni golpear la espalda.

El menor no puede toser, presenta silencio respiratorio, estridor o cianosis labial



Iniciar de inmediato las maniobras físicas de desobstrucción según la edad: protocolo de lactante (<1 año) o de niño mayor (>1 año).



Protocolo de Desobstrucción en Lactantes (< 1 Año)

Protocolo de Desobstrucción en Lactantes Menores de 1 Año

En menores de 12 meses, la maniobra de Heimlich está contraindicada por riesgo de lesión visceral hepática. Se debe aplicar la secuencia combinada de 5 golpes interescapulares y 5 compresiones torácicas manteniendo la cabeza más baja que el tórax.

- Sujeción cefálica firme por la mandíbula sin oprimir los tejidos blandos del cuello.
- Posición en declive boca abajo sobre el antebrazo del educador, apoyado firmemente sobre el muslo.
- Cinco golpes secos interescapulares con el talón de la mano libre dirigidos hacia delante.
- Giro en bloque manteniendo la alineación cabeza-tronco hacia posición supina.
- Cinco compresiones torácicas en el tercio inferior del esternón con dos dedos (índice y medio), con profundidad de aproximadamente un tercio del diámetro anteroposterior (4 cm).

Precaución Anatómica Crítica

Nunca sujete al lactante por la gagranta ni comprima el abdomen. El soporte debe realizarse exclusivamente sobre el hueso maxilar inferior sosteniendo la cabeza en posición neutra.

1 Posicionamiento en prono declive



Coloque al lactante boca abajo a lo largo de su antebrazo, sujetando su mandíbula con los dedos pulgar e índice de una mano y apoyando su brazo firmemente sobre su pierna para mayor estabilidad.

2 Cinco golpes interescapulares



Administre hasta 5 golpes secos y firmes en el centro de la espalda, entre las dos escápulas, con el talón de la otra mano en dirección hacia la cabeza.

3 Giro en bloque y revisión de cavidad oral



Coloque su brazo libre a lo largo de la espalda del lactante sujetando el occipucio, voltéelo sobre su muslo y revive visualmente la boca. Si el objeto es visible y móvil, extráigalo con cuidado.

4 Cinco compresiones torácicas



Si el objeto no ha salido, coloque dos dedos en el centro del pecho, un dedo por debajo de la línea intermamilar, y realice 5 compresiones secas y profundas.

5 Evaluación y repetición



Repita los ciclos de 5 golpes y 5 compresiones hasta la expulsión del cuerpo extraño o hasta que el lactante pierda el concocimiento.

Protocolo de Desobstrucción en Niños Mayores (> 1 Año)

Protocolo de Desobstrucción en Niños Mayores de 1 Año

A partir de un año de edad se emplea la combinación de palmadas interescapulares y compresiones abdominales (maniobra de Heimlich adaptada), ajustando la fuerza al desarrollo físico y la masa corporal del menor.

- Inclinación del tronco hacia delante para facilitar la salida del cuerpo extraño mediante la gravedad.
- Cinco palmadas interescapulares enérgicas con el talón de la mano dominante.
- Maniobra de Heimlich adaptada: colocación a la altura del niño (de rodillas o sentado detrás de él).
- Puño cerrado con el pulgar hacia dentro, situado entre el ombligo y el extremo inferior del esternón (apéndice xifoides).
- Tracción rápida y seca hacia adentro y hacia arriba.

Ajuste de Fuerza y Postura

Arrodíllese a la altura del niño para evitar levantarle del suelo al traccionar. Adapte la intensidad del impulso abdominal para evitar traumatismos en la caja torácica.



1 Colocación y 5 golpes en la espalda



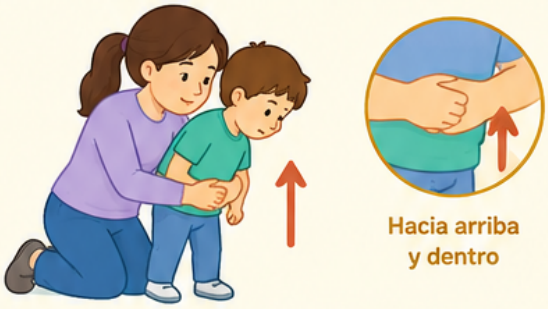
Colóquese al lado o détrás del niño, sostenga su pecho con una mano e inclínelo hacia delante. Administre hasta 5 golpes firmes entre los omóplatos con el talón de su mano.

2 Posicionamiento para compresiones abdominales



Póngase de rodillas detrás del niño a su misma altura. Redee su cintura con ambos brazos. Cierre una mano en puño situando el lado del pulgar en la línea media del abdomen, justo por encima del ombligo.

3 Cinco compresiones abdominales hacia arriba



Agarre su puño con la otra mano y realice una compresión rápida y ascendente hacia el diafragma. Repita la maniobra hasta un máximo de 5 veces consecutivas.

4 Reevaluación continua del estado



Verifique si el cuerpo extraño ha sido expulsado tras cada serie de 5 golpes y 5 compresiones abdominales. Continúe alternando las dos secuencias.

Paso a Inconsciencia y Registro de Emergencia Escolar



Si pierde el conocimiento

112
Activar 112



Iniciar RCP
(5 ventilaciones + compresiones)

Transición a Inconsciencia y Registro del Incidente Escolar



Si en cualquier momento el lactante o el niño pierde el tono muscular, deja de responder o queda inconsciente durante las maniobras de OVACE, se debe interrumpir la secuencia de atragantamiento e iniciar **de inmediato** el algoritmo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) pediátrica.

1. Colocación inmediata del menor sobre **una superficie plana**, firme y segura.
2. Apertura de la vía aérea (frente-mentón **en posición neutra para** lactantes, ligera extensión en niños) y visualización rápida de la boca para retirar objetos sueltos.
3. Administración inicial de **5 ventilaciones de rescate** comprobando elevación torácica.
4. Continuación de RCP básica (ciclos 30:2 o 15:2 según formación de los reanimadores presentes).
5. Verificación de aviso telefónico urgente al 112 con altavoz activado.

Registro Obligatorio en Centro Educativo

Todo episodio de atragantamiento resuelto o derivado debe registrarse en la ficha de incidentes del aula para control médico posterior, comunicación a las familias e informe a la dirección del centro.

Nombre del menor y edad exacta: .....

Fecha, hora y lugar del aula/comedor: .....

Objeto o alimento causante de la obstrucción: .....

¿Requirió maniobras de OVACE? Detallar ciclos aplicados y persona que intervino: .....

.....

Estado de consciencia tras la maniobra y hora de notificación al 112 o familias: .....

.....

Módulo 3: RCP Básica - Evaluación y Vía Aérea

Cadena de Supervivencia y Evaluación Inicial del Menor

La parada cardiorrespiratoria en la etapa de 0 a 3 años suele ser secundaria a un fallo respiratorio o hipoxia, no a patología cardíaca primaria. La intervención inmediata en el aula infantil es determinante. Antes de iniciar cualquier maniobra, garantice un entorno seguro tanto para el menor como para el equipo educador y active inmediatamente el protocolo interno de alerta.

- **Asegurar el entorno:** retirar objetos peligrosos, juguetes o fuentes de riesgo.
- **Comprobar consciencia:** estimular suavemente al lactante en la planta del pie o hablar y tocar los hombros con firmeza al niño de 1 a 3 años.
- **Pedir ayuda sin abandanar al menor:** alertar en voz alta al personal de la escuela para que traigan el botiquín y el DESA.
- **Abrir vía aérea:** en lactantes (<1 año) mantener cabeza en posición neutra (evitar hiperextensión que ocluye la tráquea); en niños (1-3 años) aplicar maniobra frente-mentón con ligera extensión del cuello.
- **Ver, oír y sentir la respiración** durante un máximo de 10 segundos acercando la mejilla al rostro y observando el pecho.



Comprobación de consciencia

Apertura de vía aérea

Posición neutra (lactante)



Toalla doblada bajo los hombros

Ligera extensión (1-3 años)



Maniobra frente-mentón con ligera extensión

Alineación de la Vía Aérea en Lactantes



El occipucio prominente del bebé flexiona el cuello sobre superficies planas. Coloque una toalla doblada bajo sus hombros para conservar la posición neutra estricta y permitir la entrada de aire.

Ver, oír y sentir (10 seg)



Ver
Observa el pecho que se eleva.

Oír
Escucha la respiración.

Sentir
Siente el aire en tu mejilla.

10 seg

¿El niño o lactante respira con normalidad tras abrir la vía aérea durante 10 segundos?

Sí respira normalmente



Colocar en Posición Lateral **de Seguridad** (en niños >1 año) o en brazos vigilados boca abajo/ de lado (lactantes). Controlar respiración permanentemente y esperar la llegada del servicio de urgencias.

No respira o presenta boqueadas agónicas (gasping)



Iniciar de inmediato las **5 ventilaciones de rescate** y comenzar las compresiones torácicas según la pauta pediátrica.

Módulo 3: RCP Básica - Protocolo de Compresiones y Ventilaciones

Secuencia Operativa de RCP: De las Ventilaciones de Rescate al Ciclo Torácico

La pauta de soporte vital pediátrico recomendada por organismos internacionales prioriza la oxigenación temprana mediante 5 insuflaciones iniciales de rescate, seguidas inmediatamente por la secuencia continua de compresiones y ventilaciones adaptadas a la anatomía del lactante o del niño pequeño.

Relación de Compresiones y Ventilaciones

Para un reanimador único no sanitario, mantenga la cadencia de 30 compresiones y 2 ventilaciones (30:2) para geranitzar la continuidad; el personal entrenado en entornos con dos personas aplica la secuencia de 15:2.

1 Administrar 5 ventilaciones de rescate

Lactante (<1 año)



En lactantes (<1 año): abarcar simultáneamente su boca y nariz con su propia boca (boca a boca-nariz).

Niño (1-3 años)



En niños (1-3 años): sellar la boca y pinzar la nariz con los dedos. Insuflar aire suave durante 1 segundo, comprobando que el tórax se eleve de manera visible.

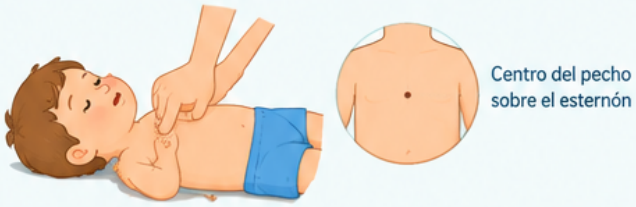
2 Posicionar las manos según la edad

Técnica de dos dedos (<1 año)



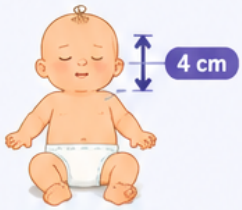
En lactantes (<1 año): técnica de dos dedos en el tercio inferior del esternón (justo por debajo de la línea intermamilar) o técnica de dos pulgares abrazando el tórax si hay dos reanimadores.

Técnica talón de una mano (1-3 años)



En niños de 1 a 3 años: colocar el talón de una mano en el centro del pecho sobre el esternón.

3 Ejecutar compresiones torácicas eficaces



Lactante (<1 año)



Niño (1-3 años)

Deprimir al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax (unos 4 cm en lactantes y 5 cm en niños de 1 a 3 años) a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto. Permitir la descompresión torácica completa tras cada empuje sin despegar los dedos o la mano.

100-120 por minuto

4 Alternar compresiones y ventilaciones

5 ventilaciones de rescate → **Ciclo 30:2** → **30 compresiones** + **2 ventilaciones**

Continuar a un ritmo de 30 compresiones seguidas de 2 ventilaciones eficaces. Si se encuentra solo y nadie ha llamado a urgencias, realice 1 minuto de RCP continuada antes de acudir brevemente a llamar al 112 con el manos libres activado.

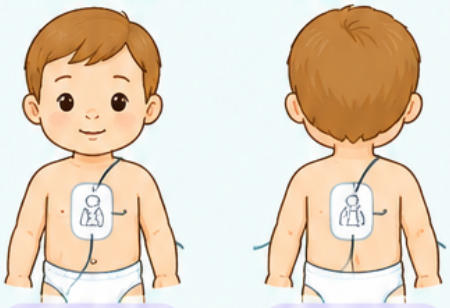
Módulo 3: RCP Básica - Uso del DESA y Hoja de Registro

Uso del DESA Pediátrico y Registro de Actuación de Emergencia

Tan pronto como esté disponible un Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA), enciéndalo de inmediato y siga sus instrucciones sonoras paso a paso sin interrumpir las compresiones más de lo estrictamente imprescindible.

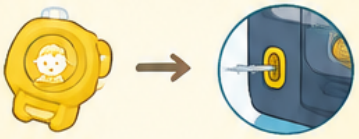
- **Electrodos pediátricos:** emplear parches especificos con atenuador de dosis para menores de 8 años o menos de 25 kg. Si no hay parches pediátricos, use los de adultos asegurando que nunca se toquen entre sí.
- **Colocación anteroposterior:** en lactantes y niños pequeños, pegar un parche en el centro del pecho (zona anterior) y el segundo parche en la espalda, entre ambas escápulas (zona posterior).
- **Seguridad durante el análisis y la descarga:** gritar con firmeza "¡nadie toca al niño!" y apartar a todo el personal antes de que el dispositivo emita la descarga si estuviese indicada.
- **Reanudación instantánea:** tras la descarga (o si el DESA indica no administrar descarga), reanudar inmediatamente las compresiones torácicas durante 2 minutos hasta el próximo reanálisis del equipo.

Colocación parches anteroposterior



Vista anterior (pecho) | Vista posterior (espalda)

Llave de atenuador pediátrico



Transferencia Sanitaria Obligatoria

Registre con **exactitud la hora de inicio** de las maniobras, los ciclos administrados y la cantidad de descargas emitidas por el DESA para informar detalladamente **al equipo médico del 112** a su llegada.

Registro de intervención 112

Hora exacta de inicio de parada o pérdida de consciencia:	
Hora de aviso e inicio de comunicación con el centro 112:	
Número de minutos de RCP realizados y ciclos completados:	
Uso de DESA (hora de encendido, parches pediátricos utilizados y descargas emitidas):	
Educadores actuantes y observaciones para el equipo médico del 112:	



Evaluación Rápida de Caídas y Criterios de Alarma TCE

Protocolo de Actuación Inicial ante Caídas en la Escuela Infantil

Las caídas desde cambiadores, cunas, tronas o estructuras de juego en el patio representan el accidente más frecuente en el ciclo de 0 a 3 años. Ante cualquier impacto significativo, la prioridad inicial consiste en mantener la calma del entorno, contener el movimiento brusco del menor y verificar de forma inmediata el estado neurológico y físico sin forzar cambios posturales.

- No levantar ni mover al niño de forma apresurada; evaluar primero sobre la superficie donde ha quedado.
- Comprobar respuesta verbal o reactividad al llanto y fijación de la mirada.
- Verificar que la vía aérea permanezca permeable y la **respiración sea regular**.
- Avisar de inmediato a una segunda educadora de apoyo para gestionar el resto del aula.



Mecanismo lesional de alto riesgo

Toda caída desde una altura superior a 90 cm en menores de 2 años (como cambiadores convencionales o barrotes de cuna alta) exige evaluación médica presencial, incluso si el lactante no presenta síntomas aparentes de inmediato.

Criterios de Gravedad y Decisión de Evacuación Médica Urgente (112)

Diferencie de forma inequívoca si la situación requiere activar el Servicio de Emergencias Médicas 112 con traslado inmediato en ambulancia medicalizada, o si procede realizar atención local y observación estrecha comunicando a la familia.

¿Presenta el menor alguno de los siguientes signos de alarma tras el traumatismo?

112 Activar el 112 de inmediato.

Presencia de **pérdida de consciencia** (aunque sea de segundos), **2 o más vómitos**, somnolencia profunda o dificultad para despertar, pupilas asimétricas (anisocoria), sangrado por oído/nariz o llanto agudo e inconsolable.

- Mantener eje cabeza-cuello-tronco alineado en el suelo.
- No administrar líquidos ni alimentos.
- Preparar ficha médica del alumno y avisar a progenitores.

Atención local y observación

Llantos reactivos transitorios con consuelo rápido, pupilas reactivas símétricas, sin vómitos, movilidad espontánea y tono muscular habitual.

- Proceder a cura local de contusiones leves.
- Iniciar protocolo de observación activa durante 24-48 horas y notificar a la familia la hora y mecanismo exacto del golpe.



Protocolo de Traumatismos, Fracturas y Registro de Caídas

Manejo Seguro de Contusiones y Hematomas Craneales Leves

El tratamiento inicial de las contusiones craneales sin criterios de derivación urgente tiene como objetivo frenar la extravasación sanguínea local y aliviar el dolor, previniendo maniobras lesivas habituales.

Atención pediátrica fundamental

Nunca aplique hielo de forma directa sobre la piel ni comprima de manera excesiva las fontanelas en lactantes menores de 18 meses.

1 Aplicación de frío local indirecto



Coloque una compresa o paño limpio con hielo envuelto sobre el chichón o contusión durante 10-15 minutos seguidos. No aplique frío directamente sobre la dermis infantil para evitar quemaduras por congelación.

2 Posición de descanso semiincorporada



Mantenga al menor en reposo en un área tranquila, preferentemente con el torso ligeramente elevado a 30 grados para favorecer el retorno venoso intracraneal.

3 Vigilancia de reactividad ocular



Observe que ambas pupilas mantengan el mismo tamaño y reaccionen encogiénodse de manera simétrica al proyectar luz ambiental.

4 Supervisión sin sedación



Evite administrar analgésicos o antitérmicos sin prescripción pediátrica expresa, ya que pueden enmascarar la progresión del dolor de cabeza o alteraciones neurológicas.

Pautas de Actuación ante Sospecha de Fractura en Extremidades

Una deformidad visible, la incapacidad funcional absoluta para apoyar el pie o mover el brazo, la inflamación rápida o el dolor intenso al tacto sugieren fractura ósea. La **regla de oro** en el entorno escolar infantil es la **inmovilización no invasiva**.

- **No intentar** enderezar, traccionar ni manipular la extremidad afectada bajo ningún concepto.
- Retirar con sumo cuidado calcetines, zapatos o mangas si no oprime la zona, para controlar la circulación periférica.
- Inmovilizar la articulación por encima y por debajo del foco de sospecha.
- En miembros superiores, mantener el brazo flexionado contra el tórax con apoyo de un cabestrillo o toalla doblada sin presionar.
- En miembros inferiores, mantener al niño acostado acolchando ambos lados de la pierna con toallas enrolladas o cojines hasta la llegada de asistencia sanitaria.
- Calmar al niño con voz suave y evitar que intente ponerse en pie o gatear.





Guía de Observación Activa 24-48 Horas para Educadores y Familias

Las lesiones craneoencefálicas pueden manifestar complicaciones de forma tardía. Todo niño que haya sufrido un traumatismo craneal debe someterse a vigilancia estrecha en el centro **educativo** y en el domicilio durante las **48 horas** posteriores al incidente.

- **Capacidad de respuesta:** se despierta normalmente de la siesta habitual y reconoce a educadores y familiares.
- **Conducta y juego:** mantiene interés por su entorno, no muestra apatía extrema ni irritabilidad inusual.
- **Coordinación motora:** camina o gatea con su estabilidad habitual, sin tropiezos repetidos ni debilidad en un lado del cuerpo.
- **Patrón alimentario:** tolera las tomas de leche o sólidos sin náuseas ni rechazo brusco repetido.

Instrucción formal de entrega a los progenitores

Entregue a la **familia una copia** firmada de este registro **informativo** indicando con **exactitud la hora** del impacto, el mecanismo **lesional** y la conducta motriz observada durante la jornada.



Prevenir también es cuidar

Registro Interno de Notificación de Incidentes y Caídas

Documente de forma **minuciosa** y objetiva los datos del suceso en el momento de producirse para facilitar el triaje médico y la comunicación transparente con los tutores legales.

Nombre completo del alumno y aula/grupo

Fecha, hora exacta del suceso y lugar (aula, cambiador, patio, pasillo)

Descripción detallada del mecanismo de la caída
(altura estimada y superficie de impacto)

Signos y síntomas inmediatos observados (llanto, reactividad, hematoma, herida)

Medidas de primeros auxilios aplicadas en el centro

Firma del educador/a responsable y acuse de recibo de la familia / tutor legal

Protocolo de Actuación Urgente: Quemaduras Pediátricas



Actuación Inmediata: Algoritmo de Urgencia ante Quemaduras

En el entorno de la escuela infantil, ante cualquier quemadura térmica (líquidos calientes, contacto con superficies o radiadores), química o eléctrica en lactantes y niños pequeños, la rapidez y la precisión salvan tejido y calman el dolor. Actúa de inmediato siguiendo la secuencia estandarizada de primeros auxilios pediátricos.

1. **Detener la fuente de calor** o retirar al menor del peligro sin comprometer la seguridad del educador.
2. Enfriar la zona lesionada **inmediatamente** con agua corriente limpia.
3. Retirar anillos, pulseras o ropa holgada no adherida antes de que comience el edema inflamatorio.
4. Cubrir la lesión de forma totalmente **estéril** y avisar a los servicios de emergencias (112).

Aviso Crítico de Enfriamiento

Usa agua **templada** a temperatura ambiente (15 a 20 °C). Nunca utilices hielo directo ni agua excesivamente fría, ya que en menores de 3 años la superficie corporal facilita una rápida hipotermia sistémica y el hielo agrava la necrosis tisular.

1. Irrigación inmediata con agua templada



Aplica agua corriente a chorro suave (15-20 °C) sobre la zona afectada de forma continua durante un mínimo de 10 a 20 minutos para frenar la progresión térmica en la dermis.

2. Retirada de prendas no adheridas



Corta o desabrocha prendas sueltas alrededor de la quemadura. Si la ropa está pegada a la piel por fusión de fibras o exudado, déjala intacta y recorta únicamente el contorno libre.

3. Cobertura aséptica y húmeda



Cubre la superficie con gasas estériles empapadas en suero fisiológico o agua limpia, o emplea film transparente de uso alimentario colocado de forma holgada sin compresión.

4. Prevención térmica y aviso al 112



Abriga el resto del cuerpo del niño con una manta limpia para evitar la hipotermia y contacta con el 112 si la quemadura supera el tamaño de la palma de la mano del menor, afecta a pliegues o hay flictenas rotas.

Árbol de Decisión según la Naturaleza del Agente

El origen de la quemadura determina precauciones críticas que deben ejecutarse antes de la cura aséptica.

¿Cuál es el agente causante de la lesión en el menor?

Quemadura Térmica
(Líquidos calientes, biberón, vapor o estufas)

Irriga 10-20 min con agua templada corriente. Retira ropa periférica y cubre con gasa **estéril húmeda** en suero fisiológico sin comprimir.

Quemadura Química
(Productos de limpieza, lejías o desengrasantes)

Lava con abundante agua continua durante 20-30 min retirando guantes/ropa empapada con protección para el educador. Identifica la etiqueta y llama al 112 e Instituto de Toxicología.

Quemadura Eléctrica
(Enchufes o cables del aula)

Interrumpe la corriente general antes de tocar al menor. Revisa pulso y respiración. Busca punto de entrada y salida; requiere traslado hospitalario inmediato obligatorio por riesgo de arritmias.

Contraindicaciones Clave y Registro de Incidencia

Evita prácticas erróneas tradicionalas que incrementan el riesgo de infección grave o profundización de la herida en el aula de 0 a 3 años.

- **PROHIBIDO** reventar ampollas o flictenas: la piel intacta es la mejor barrera biológica contra la sepsis.
- **PROHIBIDO** aplicar remedios caseros como pasta de dientes, mantequilla, aceites o vinagre.
- **PROHIBIDO** usar pomadas antibióticas o apósitos adhesivos con pegamento directo sobre la herida.
- **PROHIBIDO** sumergir al niño por completo en agua fría para evitar shock por hipotermia.

Criterio Pediátrico de Derivación Hospitalaria Urgente

Toda quemadura en menores de 1 año, o que comprometa cara, cuello, manos, pies, genitales o articulaciones, debe ser evaluada de urgencia médica especializada independlientemente de su extensión aparente.

Hora exacta del incidente y duración de la irrigación (minutos):

Agente causal específico y localización corporal afectada:

Medidas aplicadas, aviso al 112 y comunicación formal con la familia:

Módulo 6: Manejo de Convulsiones Febriles y Espasmos del Sollozo - Protocolo de Actuación

Diferenciación Clínica: Convulsión Febril vs. Espasmo del Sollozo

En el entorno de la escuela infantil (0 a 3 años), presenciar una pérdida de conciencia o movimientos anómalos genera alarma inmediata. Distinguir con rapidez entre una convulsión febril típica y un espasmo del sollozo permite activar el protocolo oportuno sin realizar maniobras contraproducentes ni generar pánico innecesario.

Convulsión Febril Típica

- Aparece asociada a un incremento brusco de la temperatura corporal (>38 °C) en menores previamente sanos (frecuente entre los 6 meses y los 5 años).
- Cursa con pérdida brusca de consciencia, rigidez corporal (fase tónica), sacudidas rítmicas simétricas de extremidades (fase clónica), posible desviación ocular o cianosis peribucal, y un periodo posterior de somnolencia profunda o hipotonía (fase postictal).

Espasmo del Sollozo (Afebril)

- Se desencadena por un estímulo emocional o físico concreto (llanto intenso, frustración, dolor súbito o susto).
- No hay fiebre.
- El menor realiza una espiración forzada en llanto, detiene la respiración en apnea breve, presenta cianosis perioral (forma cianótica) o palidez repentina (forma pálida), puede perder la consciencia de 10 a 20 segundos y recupera el tono y la reactividad de inmediato, sin fase de somnolencia postictal.

Regla Fundamental de Seguridad

Jamás introduzcas dedos, cucharas ni objetos en la boca del menor durante una crisis. No intentes abrirle la mandíbula ni contener la lengua: es físicamente imposible 'tragarse la lengua' y forzar la cavidad bucal provoca fracturas dentales o lesiones en la mucosa oral.

Algoritmo de Protección Física Durante la Crisis Convulsiva

La prioridad asistencial consiste en proteger físicamente al menor frente a traumatismos secundarios, cronometrar con exactitud la duración del episodio y mantener despejada la vía aérea sin interferir en los movimientos espasmódicos.

1 Mantener la calma y cronometrar

Anota o activa el cronómetro del teléfono del aula al comenzar los movimientos o la rigidez. Cronometrar con precisión es vital para la valoración médica del 112.



2 Proteger el entorno inmediato

Despeja mesas, juguetes duros o aristas circundantes. Coloca al niño en el suelo sobre una colchoneta suave o una manta fina para evitar caidas y traumatismos en la cabeza.



3 Aflojar prendas y no sujetar

Afloja ropa ajustada alrededor del cuello y pecho. No inmovilices ni luches contra las sacudidas involuntarias del niño, pues la sujeción forzada puede provocar distensiones musculares o fracturas.



4 Posición Lateral de Seguridad (PLS)

Al termimar los espasmos o en cuanto sea practicable, coloca al menor sobre su costado (PLS pediátrica) para facilitar la salida de saliva o vómito y garantizar una vía aérea despejada.



Vía aérea despejada

5 Descenso gradual y confort térmico

Si se confirma fiébre, desviste al menor sin someterlo a contrastes térmicos violentos. No apliques compresas de alcohol ni agua helada. Puedes refrescar axilas y frente con paños humedecidos en agua templada.



Módulo 6: Árbol de Decisión Urgente y Registro de Incidentes



Criterios de Decisión y Activación de los Servicios de Urgencia (112)

Evalúa rápidamente las manifestaciones clinicas del menor para clasificar el incidente y determinar la actuación correspondiente conforme al protocolo escolar de urgencias.

¿El episodio ha durado más de 5 minutos, es la primera convulsión del menor o muestra signos de focalidad asimétrica?

Si: Convulsión prolongada (>5 min), primera crisis en su vida, o sacudidas asimétricas de un solo hemicuerpo.



Llamada inmediata al 112. Mantén la vía aérea permeable en posición lateral de seguridad. Si el alumno dispone de prescripción médica individualizada y pauta de medicación de rescate en el centro, aplicala siguiendo escrupulosamente el plan visado.

No: Convulsión febril típica cesada en menos de 3 minutos, con recuperación espontánea y antecedentes conocidos.



Mantén al menor en PLS en ambiente tranquilo. Contacta de inmediato a la familia para valorar traslado pediátrico programado. Vigila la respiración, la temperatura y el color continuamente.

No convulsivo: Espasmo del sollozo tras llanto intenso con cianosis/palidez y recuperación reactiva inmediata.



Mantén la serenidad, no zarandees al niño, no le arrojes agua ni le soples la cara. Acompáñalo verbalmente con tono calmado hasta que recupere el ritmo ventilatorio normal. Notifica el incidente a los progenitores al finalizar la jornada.

Pautas para Medicación de Rescate y Registro de Incidencias

En el primer ciclo de educación infantil, la administración de medicación de rescate (anticonvulsivos rectales o bucales prescritos como diacepam o midazolam) está supeditada de manera ineludible a contar en el expediente del menor con la prescripción facultativa vigente, la pauta de rescate con dosificación exacta por peso y la autorización firmada por los progenitores o tutores legales.

- **Verificación previa:** Comprobar el nombre en el envase, fecha de caducidad y dosis autorizada antes de cualquier administración.
- **Registro inmediato:** Registrar la hora exacta de inicio de la crisis, duración total, constantes observadas y hora de notificación al 112 y a la familia.

Aviso Administrativo y Sanitario

El personal de la escuela infantil administrará medicación de urgencia únicamente cuando exista prescripción médica pediátrica expresa depositada en secretaría junto con el consentimiento informado familiar. **Ante cualquier duda o ausencia de documento, llama al 112 y sigue** sus indicaciones verbales.

Nombre del menor y grupo de edad	
Hora exacta de inicio y fin de la crisis (duración total en minutos y segundos)	
Temperatura axilar registrada y presencia de vómito o cianosis	
Medicación de rescate administrada (dosis, lote, hora exacta y persona responsable)	
Hora de aviso y llegada del 112 / Comunicación telefónica a progenitores	

Protocolos de Actuación:
Heridas, Hemorragias y Cortes en 0-3 Años

Cuidado Higiénico de Heridas y Abrasiones Leves en la Escuela Infantil

En el entorno de 0 a 3 años, las caídas y raspones superficiales son frecuentes durante el juego activo. La prioridad higiénica es **evitar infecciones** locales y favorecer una cicatrización limpia sin agredir los tejidos sensibles del menor. Debe evitarse sistemáticamente el uso de **algodón hidrófilo, alcohol de 96º**, agua oxigenada directa sobre piel abierta o soluciones yodadas (povidona yodada) en lactantes y niños pequeños, priorizando la limpieza mecánica y los antisépticos transparentes.

- Lavado higiénico de manos con agua y jabón y colocación de guantes desechables antes de tocar la lesión.
- Limpieza mecánica a chorro con suero fisiológico al 0,9% o agua corriente templada para retirar restos de tierra o arena.
- Secado suave mediante toques perimetrales con gasa estéril, sin frotar el lecho de la herida.
- Aplicación de antiséptico incoloro: solución acuosa de clorhexidina al 0,05% o al 1% con gasa estéril.
- Protección mediante apósito hipoalergénico transpirable o gasa orillada sujeta con esparadrapo de papel para evitar desprendimientos.
- Vigilancia evolutiva en las siguientes 24-48 horas comunicando a la familia signos de flogosis (enrojecimiento progresivo, calor, exudado purulento o edema).

Precaución con Antisépticos en Menores de 3 Años

No utilizar **povidona yodada** en menores de 3 años debido al riesgo comprobado de absorción transcutánea de yodo y posible alteración tiroidea transitoria.

Evitar alcohol etílico directo sobre heridas abiertas, ya que genera dolor agudo por irritación química y destruye células vivas de regeneración.



Paso 1: Lavado y Alistamiento
Lávese las manas meticulusamente con agua y jabón neutro. Póngase guantes de un solo uso de nitrilo o vinilo sin talco para mantener la esterilidad del procedimiento.

Paso 2: Irrigación Mecánica
Irrigue la herida con abundante suero fisiológice estéril o agua corriente fresca a chorro para arrsstrar partículas de suciedad, arena o gravilla sin frotar.

Paso 3: Apagado y Secado
Seque los bordes sanos con una gasa estéril mediante suaves toques. Aplique clorhexidina acuosa al 0,05% asegurando cubrir toda la zona erosionada.

Paso 4: Cubrición Transpirable
Cubra la herida con un apósito adhesivo infantil hipoalergénico o una gasa estéril fijada con cinta adhesiva de papel transpirable para evitar contaminación.

Control de Hemorragias Externas Activas y Cortes Profundos

Ante una herida incisa profunda o una abrasión con sangrado profuso en un menor de 3 años, la intervención inmediata busca detener la pérdida hemática mediante presión externa constante, evitando la alarma del niño y previniendo la hipotermia o el síncope vagal.

- Tranquilizar al menor manteniéndolo en brazos o sentado en una superficie acolchada baja.
- Presión directa y sostenida sobre el punto sangrante con un paquete de gasas estériles o paño limpio durante un mínimo ininterrumpido de 5 a 10 minutos.
- Si el apósito se empapa completamente de sangre, no retirarlo nunca (para preservar el coágulo inicial); colocar apósitos limpios adicionales encima y continuar presionando.
- Elevación suave de la extremidad afectada por encima del nivel del corazón siempre que no se sospeche fractura ósea asociada.
- Activación inmediata del Servicio de Emergencias Médicas 112 si el sangrado no remite tras 10 minutos de compresión directa o si la herida es pulsátil o deja entrever planos profundos.



Regla Fundamental en Hemorragias Escolares

Nunca aplique torniquetes improvisados ni frotamientos agresivos. Mantenga la compresión continua con la palma de la mano sobre las gasas sin levantar el apósito para comprobar si ha dejado de sangrar antes de los 5 minutos reglamentarios.

¿Cede la hemorragia tras 5-10 minutos de compresión directa continuada?

Sí, el sangrado se detiene o rezuma minimamente



Mantener apósito compresivo ligero, vigilar pulso distal y coloración de dedos, avisar a los progenitores para valoración por pediatría de atención primaria si precisa sutura o tiras de aproximación (aproximables antes de 6 horas).

No, el sangrado continúa empapando apósitos o mana a chorro

112

Llamar de inmediato al 112. Mantener la compresión con mayor firmeza sin retirar gasas base, elevar el miembro si es posible, abrigar al menor para prevenir hipotermia y registrar constantes vitales básicas hasta la llegada del equipo asistencial.

Protocolos de Actuación: Epistaxis, Picaduras y Registro del Centro

Técnica de Manejo Ante Epistaxis Infantil (Hemorragia Nasal)

La epistaxis en el primer ciclo de infantil suele originarse por microtraumatismos en el plexo vascular anterior del tabique nasal (área de Kiesselbach), rascado ungueal, sequedad ambiental o accesos intensos de llanto y estornudos. La postura de la cabeza es el elemento crítico para garantizar la seguridad de la vía aérea.

- Sentar al niño con el tronco erguido y la cabeza inclinada ligeramente hacia adelante.
- Evitar rotundamente echar la cabeza hacia atrás para impedir la deglución de sangre hacia la faringe y el riesgo de náuseas, vómitos irritativos o broncoaspiración.
- Comprimir con los dedos pulgar e índice ambas alas nasales contra el tabique cartilaginoso durante 5 a 10 minutos seguidos sin interrupciones.
- Animar al niño a respirar tranquilamente por la boca mientras dura la maniobra de pinzado nasal.
- Colocar opcionalmente una compresa fresca en la frente o en el puente nasal para estimular la vasoconstricción refleja.
- No introducir algodones secos, apósitos improvisados ni gasas apretadas dentro del orificio nasal.





NO inclinar la cabeza hacia atrás

1 Posición de Seguridad Anterior



Acomode al pequeño sentado en su regazo, con el cuerpo erguido y la cabeza discretamente flexionada hacia adelante para canalizar la sangre hacia el exterior.

2 Presión Alar Continua



Ejerza pinzado digital sobre las dos alas de la nariz contra el tabique central, de forma firme y constante, cronometrando 5 minutos completos sin soltar.

3 Verificación y Calma



Transcurridos los 5 minutos, afloje con suavidad. Si el goteo persiste, reanude la presión otros 5 minutos manteniendo al menor distraído y relajado.

4 Cuidados Posteriores



Una vez controlada la epistaxis, limpie el contorno labial con gasa húmeda. Evite que el niño se frote o introduzca los dedos en la nariz durante el resto de la jornada.

Criterio de Derivación Hospitalaria Urgente

Solicite traslado urgente (112) si la epistaxis no cede tras 15-20 minutos de presión bilateral mantenida, si el menor presenta palidez marcada, sudoración fría o mareo, o si la hemorragia se desencadenó tras un golpe violento directo en el cráneo o la base nasal.

Picaduras de Insectos y Reacciones Cutáneas Locales en el Aula y Patio

Las picaduras de avispas, abejas, mosquitos o tábanos en lactantes y párvulos provocan reacciones inflamatorias locales agudas debido a la reactividad tisular infantil. Es imprescindible distinguir una reacción local intensa de un cuadro sistémico anafiláctico.

- Retirada del aguijón (en caso de abejas) mediante raspado horizontal con el borde de una tarjeta de plástico limpia o gasa estéril; nunca pellizcarlo con pinzas para no exprimir la bolsa de veneno.
- Limpieza del punto de inoculación con agua fresca y jabón neutro.
- Aplicación local de frío indirecto (hielo envuelto en una toalla limpia o compresa fría) durante 10 minutos para calmar el dolor y frenar el edema local.
- Mantener limpias y recortadas las uñas del niño para prevenir sobreinfecciones bacterianas causadas por el rascado (impétigo secundario).
- Vigilancia estricta e inmediata de signos de anafilaxia: hinchazón de labios, lengua o párpados, disnea o dificultad respiratoria, urticaria generalizada, letargia o vómitos.



1. Retirar el aguijón

Raspado horizontal con tarjeta de plástico limpia o gasa estéril.



2. Lavar y limpiar

Con agua fresca y jabón neutro.



3. Aplicar frío

Durante 10 minutos con toalla o compresa fría.

Alerta de Anafilaxia

Si tras la picadura observa dificultad para respirar, ronquera súbita, inflamación de labios o párpados, o decaimiento brusco, administre el autoinyector de adrenalina prescrito (si el menor cuenta con protocolo médico y pauta familiar) y llame de inmediato al 112.

¿El niño presenta signos de afectación más allá del punto local de la picadura?

- **Solo edema, picor y enrojecimiento localizado < 10 cm** → Aplicar frío indirecto local durante 10 minutos, mantener al niño en reposo en ambiente fresco, vigilar durante 1 hora y repertar a la familia en la recogida escolar.
- **Hinchazón facial/labial, tos perruna, sibilancias o manchas por todo el cuerpo** → EMERGENCIA VITAL. Avisar de inmediato al 112 indicando sospecha de reacción alérgica sistémica / anafilaxia. Aplicar protocolo médico individualizado del centro si existe medicación de rescate autorizada.

Registro Escolar de Incidentes Leves y Administración de Primeros Auxilios

Para asegurar la trazabilidad del incidente, mantener la debida comunicación con las familias y coordinar la continuidad asistencial pediátrica, el educador a cargo debe cumplimentar el presente registro inmediatamente después de estabilizar al menor.

- Identificar con claridad al menor y al profesional responsable de la atención primaria en el centro.
- Anotar hora exacta, localización física del incidente (aula, patio exterior, aseos) y mecanismo lesivo.
- Especificar los materiales y medidas higiénicas aplicadas (antiséptico, frío local, apósito).
- Describir el estado posterior del menor y la hora de notificación verbal a los progenitores o tutores legales.

Nombre y apellidos del menor: .....

Aula / Grupo de edad (Lactantes, 1-2 años, 2-3 años): .....

Fecha y hora exacta del suceso: .....

Ubicación del incidente (patio, aula, comedor, aseo): .....

Descripción del incidente y lesión observada (localización anatómica y tipo): .....

.....

.....

Actuación higiénica y primeros auxilios aplicados (limpieza, antiséptico, compresión): .....

.....

.....

Evolución inmediata del menor tras la intervención (conducta, dolor, llanto): .....

.....

.....

Comunicación con la familia (persona contactada, vía telefónica y hora): .....

.....

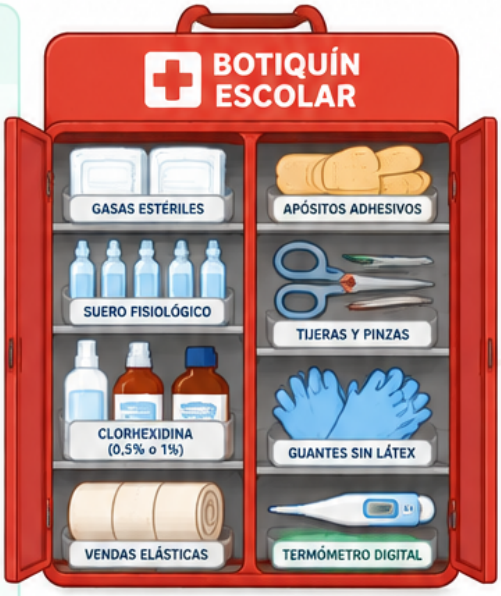
Firma del educador/a interviniente y supervisión de dirección: .....

Módulo 8: Botiquín Reglamentario y Mantenimiento

Dotación Reglamentaria del Botiquín para Escuelas Infantiles (0-3 Años)

El botiquín de primeros auxilios en centros de primer ciclo de educación infantil está estrictamente regulado para atender incidencias menores y estabilizaciones de urgencia sin comprometer la seguridad farmacológica de lactantes y niños pequeños. Debe ubicarse en un lugar seguro, visible, fuera del alcance físico de los niños, señalizado, protegido de la humedad y del calor excesivo, pero nunca cerrado bajo llave para garantizar el acceso instantáneo de los educadores en cualquier incidente.

- **Gasas estériles individuales** (sobres de 5 unidades) para limpieza y compresión de heridas.
- **Suero fisiológico** en ampollas monodosis de plástico (5 ml y 10 ml) para lavado ocular o desbridamiento físico de restos en heridas.
- **Antiséptico autorizado:** Solución acuosa de clorhexidina al 0,5% o 1% en envase monodosis o pulverizador sin gas (evitar derivados yodados o alcohol en mucosas o heridas abiertas).
- **Apósitos adhesivos hipoalergénicos** transpirables en tiras individuales de tamaños variados.
- **Esparadrapo de papel hipoalergénico** o tejido suave de 2,5 cm de ancho.
- **Vendas de gasa elástica orillada** (5 cm y 10 cm de ancho) para sujeción e inmovilización temporal leve.
- **Tijeras médicas de acero inoxidable** con punta roma para cortar vendas y ropa sin riesgo.
- **Pinzas estériles de punta fina roma** para extracción superficial de astillas o espinas no clavadas profundamente.
- **Guantes desechables de nitrilo o vinilo sin látex** (mínimo tallas M y L) para evitar reacciones alérgicas y contaminación cruzada.
- **Termómetro digital axilar rápido** con funda protectora desechable o limpiable.
- **Bolsas de frío instantáneo químico** activables por compresión (sin necesidad de congelador).
- **Manta térmica isotérmica oro-plata pediátrica** para prevención de hipotermia en traslados o shock.





PROHIBIDO MEDICAMENTOS GENERALES

Exclusiones Farmacológicas Terminantes

Está estrictamente prohibido mantener en el botiquín general fármacos de administración no prescrita, analgésicos o antipiréticos libres (como paracetamol o ibuprofeno de dispensación colectiva), antibióticos tópicos, antihistamínicos o alcohol etílico de 96º para heridas. Ninguna medicación individual puede custodiarse en la botiquín común; la medicación pautada para un menor concreto exige autorización médica escrita, consentimiento paterno firmado y almacenamiento individualizado debidamente identificado.

Protocolo Semestral de Mantenimiento y Custodia del Botiquín

La revisión técnica del botiquín debe realizarse de forma reglada al inicio de cada curso escolar y a mitad del segundo trimestre (calendario semestral), así como de manera inmediata tras atender cualquier incidente que haya consumido material sanitario.

- Verificación de fechas de caducidad en todos los productos estériles, apósitos y antisépticos.
- Comprobación de la integridad del precinto en apósitos, vendas y sueros monodosis.
- Revisión y calibración de pila en el termómetro digital.
- Reposición del material agotado en un plazo máximo de 24 horas laborables.
- Firma del responsable del centro infantil en la ficha técnica de control de materiales.

Criterio de Ubicación Operativa

El botiquín debe colgarse a una altura mínima de 1,70 m del suelo en un punto común y conocido por todo el claustro docente (sala de educadores o despacho de dirección adyacente a aulas), con el número 112 y las pautas de urgencia visibles en el exterior.



Pasos de la Revisión Semestral

1 — Inspección de caducidades

Examinar minuciosamente la fecha de vencimiento impresa en los sobres de gasas, sueros fisiológicos, antisépticos y vendas elásticas. Retirar y desechar de inmediato cualquier envase caducado o deteriorado.

2 — Reposición de stock mínimo

Comprobar que se alcanza la dotación reglamentaria establecida en el centro. Reemplazar las monodosis abiertas, guantes utilizados o apósitos adhesivos consumidos durante las semanas previas.

3 — Test de instrumental y elementos no consumibles

Comprobar el encendido del termómetro digital, la ausencia de óxido o holgura en las tijeras de punta roma y el estado elástico de los guantes de nitrilo.

4 — Firma del registro de revisión técnica

Anotar la fecha de la revisión semestral en la etiqueta interior del maletín y registrar la reposición efectuada con nombre y firma del educador o técnico responsable.

¿El producto a evaluar en la inspección es un medicamento de uso general o presenta envase monodosis abierto?

- Es un medicamento comercializado de uso común (ej. jarabe antipirético, colirio, crema antibiótica) sin pauta médica nominal asignada a un alumno. → Retirada inmediata del botiquín. En centros de 0 a 3 años no puede haber medicación compartida o preventiva de acceso libre.
- Es un material fungible autorizado (gasas, suero, clorhexidina) dentro de su periodo de validez con precinto intacto. → Mantener en el botiquín, reordenar por categorías funcionales y registrar la vigencia en la lista de comprobación semestral.

REGISTRO SANITARIO DE INCIDENCIAS Y ACCIDENTES ESCOLARES

Plantilla Normalizada de Registro de Incidencias Esnitarias

Plantilla Normalizada de Registro de Incidencias Sanitarias en Escuela Infantil

Cualquier traumatismo, herida, episodio febril, quemadura, atragantamiento o contusión ocurrido en el centro educativo debe registrarse formalmente en el cuaderno sanitario antes de finalizar la jornada laboral. Este documento garantiza la trazabilidad asistencial y respalda la comunicación inmediata con la familia del alumno.



- Cumplimentar de manera legible y con tinta indeleble inmediatamente después de atender la incidencia.
- Entregar copia del parte firmado al padre, madre o tutor legal en el momento de la recogida del menor.
- Archivar el original en el expediente administrativo interno de la escuela infantil.

Notificación Familiar Inmediata

Cualquier golpe craneoencefálico, pérdida transitoria de conciencia, sospecha de fractura o mordedura profunda requiere comunicación telefónica urgente a la familia, con independencia del registro documental posterior.

Fecha y hora exacta del suceso

Nombre completo del alumno y aula o franja de edad (0-1, 1-2 o 2-3 años)

Lugar específico del incidente (ej. patio exterior, aula de gateo, comedor, zona de cambio)

Descripción detallada del incidente (causa, mecanismo de la lesión o síntomas observados)

Medidas de primeros auxilios aplicadas y material del botiquín utilizado

¿Se activó el servicio de emergencias 112? (Indicar sí/no, hora y recomendaciones recibidas)

Comunicación con la familia (hora de llamada telefónica, persona informada y respuesta)

Nombre, titulación y firma del educador o técnico responsable actuante

Acuse de recibo y firma del tutor legal a la recogida del menor